

موفر الرعاية الطبية			يتم إرجاعه إلى
العنوان			
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	
اسم مُقدم الطلب			
<p>أقر أنا بموجب هذه المستند بأنني أوافق بأن يقوم موفر الرعاية الطبية الخاص بي الإفصاح عن معلومات التاريخ الطبي لي بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الأمور التي وقعت أمامها بالأحرف الأولى من اسمي أدناه. إن هذه المعلومات ضرورية وتمثل جزءاً لا يتجزأ من الدراسة المنزلية لرعاية الأطفال و/أو التبني. يُعد الإفصاح عن هذه المعلومات ساري لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع.</p> <p>_____ المرض العقلي، _____ ومخاوف تناول الكحوليات والمخدرات، _____ والاعتداء الجنسي و/أو الجسدي، _____ والعنف المنزلي.</p>			
توقيع مُقدم الطلب		والتاريخ	
تاريخ آخر فحص جسدي		أول تاريخ يطلع عليه موفر الخدمة	
عنوان المُختص		المختص المُحال إليه	
سبب الإحالة			
آخر تاريخ طبي معروف			
التشخيص الطبي الحالي			
الأدوية الحالية: يُرجى ذكر الغرض من الدواء، والأعراض الجانبية المحتملة والمخاوف إذا لم يتم تناول الدواء.			
توقعات سير المرض			
يُرجى وصف كيفية تأثير أي حالة طبية على رعاية الأطفال.			
التعليقات أو الانطباعات			
التاريخ		توقيع موفر الرعاية الطبية	